

Приложение № 4
к Административному регламенту
Фонда социального страхования Российской Федерации
по предоставлению государственной услуги
по регистрации и снятию с регистрационного учета
страхователей – физических лиц, заключивших трудовой
договор с работником, утвержденному Приказом
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 20.09.2011 № 1054н

Форма

Заявление
о регистрации в качестве страхователя в связи с изменением места жительства

В _____
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Прошу зарегистрировать в качестве страхователя по новому месту жительства

1. _____
(фамилия) (имя) (отчество)

2. Адрес нового места жительства:

_____	_____	_____
(почтовый индекс)	(государство)	(субъект Российской Федерации)

_____	_____	_____	_____	_____
(город)	(улица/переулок/проспект)	(дом)	(корпус)	(квартира)

Телефон (с указанием кода) _____

2. Состоит на налоговом учете в

_____ (наименование налогового органа, поставившего физическое лицо на учет)

ИНН _____
(индивидуальный номер налогоплательщика)

3. До настоящего времени (до изменения места жительства) был зарегистрирован в

_____ (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

_____ (адрес территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Регистрационный номер страхователя _____

Код подчиненности _____

Прошу вручить/ направить * мне один экземпляр уведомления о регистрации в территориальном органе Фонда социального страхования по новому месту жительства.

Подпись заявителя _____

Дата _____
(число, месяц (прописью), год)

* Нужно отметить.